

# Psychotherapie mit Sprachgestörten

*Theodor R. von Stockert*

Als Voraussetzung für eine sinnvolle psychotherapeutische Behandlung werden in der Regel die Fähigkeit des Klienten zu einer ausreichenden Verbalisierung und Introspektion betrachtet. Menschen, die einen Schlaganfall, eine Hirnblutung oder eine traumatische Hirnschädigung erlitten haben, vorzugsweise wenn die linke Hirnhälfte betroffen ist, haben häufig Störungen im Umgang mit der Sprache, die wir als Aphasien bezeichnen. Auch hier kann psychotherapeutisch gearbeitet werden, allerdings nur mit besonderen Methoden, welche die verbalen Einschränkungen berücksichtigen.

Aphasien sind *sprachsystematische Störungen*, die nach mehr oder weniger vollständig abgeschlossenem Spracherwerb sekundär durch eine Hirnschädigung meist im Rahmen eines akuten Ereignisses auftreten. Sie sind daher von Sprachentwicklungsstörungen im Kindesalter abzugrenzen. Die Neuropsychologen, Kliniker und Sprachtherapeuten, die sich mit solchen Störungen beschäftigen, unterscheiden je nach spezifischem Störungsmuster verschiedene Aphasietypen (Huber et al. 1989). Zur differenzierten Untersuchung und Klassifizierung solcher Störungen werden Untersuchungstests verwendet, in Deutschland meist der Aachener Aphasie-Test (Huber et al. 1983).

Die verschiedenen sprachlichen Komponenten oder Einzelfunktionen können je nach Aphasietyp und Schweregrad in sehr unterschiedlichem Maße beeinträchtigt sein, wobei die Störung nicht nur die motorische Umsetzung beim Sprechvorgang betrifft, sondern auch den sprachlichen Entwurf, wie z.B. die Anwendung syntaktischer Regeln oder die Auswahl der geeigneten lexikalischen Elemente. Je nach Ausprägung der Störungen ist es oft mühselig, dem Patienten zuzuhören, sei es, daß er nach Worten sucht, die er nicht findet, oder daß er einen flüssigen, aber unverständlichen Jargon spricht, der von Fehlbezeichnungen, vagen Umschreibungen oder kompletten Wortneubildungen durchsetzt ist. Hinzu kommt, daß der Aphasiker meist auch nicht alles *versteht*, was man zu ihm sagt, zumindest ist das Sprachverständnis für differenziertere Äußerungen in der Regel eingeschränkt. Das fällt dem ungebübten Partner oft nicht gleich auf, weil der Aphasiker sein defizientes Sprachverständnis nicht kritisch erkennt und gezielt nach-

fragt. Auch die Schriftsprache ist in der Regel erheblich eingeschränkt, oft in noch stärkerem Maße als die Lautsprache.

Dies alles sind Bedingungen, welche eine psychotherapeutische Intervention bei dem Betroffenen mit den üblichen Methoden einschränken oder unmöglich machen. Es ist daher notwendig, für solche Klienten eine geeignete Vorgehensweise zu entwickeln.

Ein zufälliges und für uns sehr überraschendes Ereignis hat mich dazu bewogen, an der Grundsätzlichkeit der obigen Einschränkung zu zweifeln, und zwar als wir die Video-Aufzeichnung eines Gesprächs zwischen einem schweren Aphasiker und seinem Sprachtherapeuten betrachten wollten und zufällig der Ton bei der Wiedergabe abgestellt war. Wir konnten also die Kommunikation der beiden Gesprächspartner nur *sehen*, aber nicht hören, was gesprochen wurde. Dabei waren wir sehr überrascht von der verblüffenden *Normalität* dessen, was wir da sahen. Da war eine normale Zuwendung, eine unauffällige oder lebhaftige Mimik und Gestik, unauffälliger Sprecherwechsel (turn-taking). Als wir dann den Ton wieder anstellten, hörten wir, daß der Patient einen weitgehend unverständlichen neologistischen Jargon sprach, der inhaltlich praktisch nicht interpretierbar war.

Um diesen verblüffenden Eindruck zu bestätigen, habe ich seitdem immer wieder uneingeweihten Personen solche Videobänder ohne Ton gezeigt. Soweit nicht körperliche Lähmungserscheinungen erkennbar waren, wurde von diesen Personen eine normale Dialogsituation wahrgenommen, bis ich dann schließlich den Ton einschaltete.

Offensichtlich hängt Kommunikation nicht allein von den Wörtern und Sätzen ab, die dabei geäußert werden. Jedenfalls konnte man bei diesen Videobändern *sehen*, daß lebhaftige Kommunikation stattfand, deren paraverbale Aspekte ungestört waren. Dieser so auffällige Kontrast zu den massiven Defiziten ist offenbar auf die funktionelle Spezialisierung der beiden Hirnhälften zurückzuführen.

## Zur zerebralen Organisation von Sprachprozessen und anderen Funktionen

Bei dem weit überwiegenden Anteil der Menschen besteht ein enger Zusammenhang zwischen der sprachlichen Leistung und der Funktionstüchtigkeit der linken Großhirnhälfte und dem bevorzugten Gebrauch der rechten Hand bei Rechtshändigkeit (Bryden 1982). Mit den Sprachfunktionen hängt zusammen, daß die linke Hemisphäre vor allem sequentiell und analytisch operiert, wäh-

rend die rechte Hemisphäre mehr ganzheitlich und emotional arbeitet. Obwohl diese Dichotomie nach neueren Untersuchungen (Efron 1990) nicht mehr uneingeschränkt gilt, sprechen doch zahlreiche klinische und experimentelle Befunde für ihre grundsätzliche Richtigkeit.

Die rechte Hemisphäre ist unter normalen Bedingungen *stumm*, aber sie ist keineswegs *taub* (Zaidel 1985). Auch sind nicht alle Aspekte von Sprache in gleichem Maße lateralisiert, d.h. auf die linke Hemisphäre beschränkt. Die syntaktische Differenzierung, auch bezüglich des Sprachverständnisses, ist stark links lateralisiert, nicht so das lexikalische Verständnis; und zwar um so mehr, je mehr bedeutungs- und erlebensgebundene Konnotationen bestehen, wobei die Beziehung zwischen einzelnen Elementen durchaus auch sehr abstrakten Charakter haben kann.

## Ein zerebrales Modell für psychotherapeutische Prozesse

Was in der *Psychotherapie* vorgeht, können wir uns modellhaft so vorstellen, daß die Neurose als mangelhafte oder gestörte Zusammenarbeit, als Blockierung des Dialogs zwischen den beiden Hemisphären aufzufassen ist. Dazu brauchen wir zweifellos Sprache.

Die *rechte* Hemisphäre hat zwar die *emotionale* Empfindung für einen Konflikt, erkennt aber nicht die logische Unvereinbarkeit zweier im Widerspruch zueinander stehenden Wünsche oder Tendenzen. Folglich kann sie den Konflikt nicht lösen, wenn ihr die linke, sprachlich-logisch orientierte Seite nicht sagt, daß widersprüchliche Dinge sich gegenseitig ausschließen. Die linke Hemisphäre könnte also der rechten sagen: Du brauchst Dich nicht ärgern oder traurig sein, weil Du nicht beides haben oder tun kannst, weil es gar nicht geht. Aber sie wertet nicht, sie empfindet nicht den emotionalen Teil des Konfliktes - sie mißt, vergleicht, rechnet und setzt in Beziehung. Dies sind Funktionen des *Erwachsenendch-Zustand* im Sinne der Transaktionsanalyse (Berne 1961).

Die *rechte* Hemisphäre kann mit *Symbolbegriffen* sehr wohl etwas anfangen. In der Psychotherapie operieren wir aber nicht selten mit Symbolbegriffen, besonders in der Psychoanalyse, in der Arbeit mit Träumen und mit Märchen. Symbolbegriffe stellen ganzheitliche Metaphern mit zahlreichen Konnotationen dar. Diese werden durch sprachliche Einheiten repräsentiert und sind somit als Worte jederzeit verfügbar zu machen, also vom ursprünglichen Ort und von der Zeit des Erlebens unabhängig. Sie können sprachlich kritisch hinterfragt werden. Solche Symbolbegriffe haben eine zwei-

fach bedeutsame Vehikelfunktion zur Informationsübertragung und Übersetzung zwischen den beiden Hemisphären. Sie deuten auf die emotional konnotativen Dimensionen der rechtshemisphärischen Funktionen (Graves et al. 1981) hin und machen sie einer sprachlichen *Bedeutung* zugänglich. Die linke Hemisphäre kann den logischen Widerspruch zu unvereinbaren Wünschen in sprachlicher Symbolik der rechten Hemisphäre immer wieder anbieten, bis diese den emotionalen Teil des Konfliktes langsam lösen kann, indem sie schlechte Gefühle zunächst besser verbalisieren lernt und diese damit von dem Komplex traumatisierender Erlebnisse abkoppelt oder zunächst vorübergehend durch andere ersetzt; z.B. kann Angst und Wut unter der Therapie zunächst zu Trauer werden, die in der Folge zu einer endgültigen Lösung des Konfliktes führen kann.

Die Sprache macht uns unabhängig von Ort und Zeit. Wir können Ereignisse, Erlebnisse und Erfahrungen, die wir irgendwo und irgendwann gemacht haben, sprachlich jederzeit aktualisieren, und wir können für uns selbst Verhaltensregeln für vergleichbare Situationen aufstellen und damit eine Vielzahl von Situationen modellhaft zusammenfassen. Dies ist eine außerordentlich ökonomische Methode für vielfältige Problemlösungen auch in der Alltagspraxis, die wir ohne Sprache schon ihrer Menge wegen nicht mehr bewältigen können.

## Zur Situation des Aphasikers

Patienten mit ausgeprägten aphasischen Störungen erfüllen zwei wesentliche Voraussetzungen für psychotherapeutische Behandlungen nicht mehr ohne erhebliche Einschränkungen: Die ausreichende Fähigkeit zur Verbalisierung und Introspektion. Die Verbalisierungsfähigkeit ist zweifelsohne eingeschränkt, und inwieweit die davon vermutlich nicht ganz unabhängige Introspektionsfähigkeit gegeben ist, kann nur sehr schwer beurteilt werden.

Andererseits gibt es keinen Hinweis dafür, daß aphasische Patienten nicht empfinden können oder etwa keine psychischen Konflikte hätten. Im Gegenteil bietet die zugrundeliegende ernste Erkrankung wie ein Schlaganfall, die Sprachstörung als solche und, möglicherweise, der vorzeitige Abbruch der beruflichen Karriere weiß Gott eine Menge Material, über welches es sich mit anderen auszutauschen gelte, zuerst mit Partner und Angehörigen, aber gegebenenfalls auch mit einem Psychotherapeuten. Mindestens 30% der aphasischen Patienten leiden zeitweilig an einer behand-

lungsbedürftigen Depression, und sie haben bezüglich der aphasischen Sprachstörungen meist ein sehr ausgeprägtes Krankheitsgefühl (Währborg 1988, Herrmann 1991).

Die besonderen Probleme des Aphasikers sind während der akuten Krankenhausbehandlung in der Regel nicht so deutlich und werden erst zu Hause sichtbar. Im Krankenhaus ist meist ein klares Rollenverständnis durch die Strukturen vorgegeben. Der Patient möchte vom Arzt und den Therapeuten etwas haben und richtet sich, soweit er kann, nach deren Anweisungen. Wenn er nach Hause kommt, ist er nicht mehr *krank*, sondern *behindert*, er ist nicht mehr von nur wohlwollenden Therapeuten umgeben, sondern mit dem Partner konfrontiert, für den er sich nicht mehr vollwertig empfindet. Im Krankenhaus ist der Patient aus seinen normalen Bezügen herausgenommen; zu Hause kommt er zurück in eine Welt, der er sprachlich nicht mehr gewachsen ist.

Für den Sprachgestörten ergeben sich danach nur zwei Möglichkeiten: Entweder er will sich weiter mit allen Repräsentationen seiner bisherigen eigenen Welt auseinandersetzen und scheitert ständig an den unzureichenden sprachlichen Mitteln, oder er schränkt seine Welt, d.h. seinen Aktionsradius, ein. Beides bedeutet Verlust, Einbuße an aktivem Leben, und in jedem Falle eine Veränderung seines Rollenkonzeptes.

Der Sprachgestörte spricht meist mühselig, er empfindet sein Handicap und er reagiert aus einer sprachlich inferioren Position (nach dem Funktions-Modell besetzt aus einem *Kind-Ich-Zustand*), und zwar sowohl angepaßt als auch rebellisch aufbegehrend, vor allem emotional, da ja die rechte Hemisphäre intakt ist.

Der Partner reagiert häufig entweder positiv fürsorglich oder überprotektiv (aus einem negativ *nährenden Eltern-Ich-Zustand*), oder ungeduldig mit Formulierungen wie „Du bringst es ja doch nicht raus, ich weiß was du sagen willst!“ (aus einem negativ kritischen Eltern-Ich-Zustand). Nicht selten hört man Formulierungen wie „Ich muß dauernd mit ihm reden wie mit einem Kind“. Angehörige berichten oft spontan über Probleme mit dem aphasischen Partner, sei es, daß mit der Krankheit neue Konflikte entstanden sind, sei es, daß es sich um lange bekannte Partnerschaftskonflikte handelt, wie z.B. symbiotische Beziehungsmuster, die aus skriptgebundenem Verhalten resultieren. Oftmals ist allerdings beides nicht klar voneinander abzugrenzen, z.B. wenn bei vorbestehender Partnerproblematik durch die Erkrankung des einen Partners veränderte Rollenkonzepte notwendig werden.

Die Sprache des Aphasikers ist defizient und formal häufig in Form von Ellipsen strukturiert, was Tilgungen in dem Sinne begünstigt, daß die referenziellen Bezüge sprachlich unscharf, Beobachtung und Schlußfolgerungen nicht mehr trennbar und konditionale Bedingungen wie Wenn-dann-Beziehungen nicht mehr nachvollziehbar sind. Räumliche und zeitliche Relationen werden nicht spezifiziert, und sehr häufig besteht eine ausgeprägte Tendenz zu Nominalisierungen zu Lasten der Prozeßwörter wie vor allem der Verben, die dann allenfalls im Infinitiv verwenden werden.

Die folgenden Beispiele für Ellipsen sind Äußerungen aphasischer Patienten:

„Anni nickt hier - äk heute . . .“ (= Meine Frau (Anni) kann heute nicht wie vereinbart zu Ihnen kommen.)

„Nach Hause - äk - gehen.“ (= Ich möchte bald aus dem Krankenhaus entlassen werden.)

„Essen - äh - nickt gut“ (= Heute hat mir das Essen nicht geschmeckt.)

„ - äk - äk Tisch nein - ich äk da“ (= Schieben Sie mir den Stuhl näher, damit ich mich vom Bett 'rübersetzen kann.)

Hier zeigen sich teilweise Aspekte, die in der Meta-Theorie des *neurolinguistischen Programmierens* (Grindler & Bandler 1984) eine wichtige Rolle spielen, also einer psychotherapeutischen Methode für Sprachgesunde. Hierbei werden nämlich genau jene durch Nominalisierung getilgten Elemente der sprachlichen Tiefenstruktur hinterfragt, um die psychologischen Bezugssysteme des Klienten aufzudecken, d.h. es wird ständig nach *versteckten Aussagen* in den Äußerungen des Klienten gefahndet, die ihn in seinen freien Entscheidungsmöglichkeiten einschränken, etwa im Sinne der Skripteinschärfungen in der Transaktionsanalyse. Es wird dabei der Begriff der *semantischen Wohlgeformtheit* verwendet, welcher besagt, daß alle implizit mitgedachten und in der sprachlichen Oberflächenstruktur getilgten Referenzen tatsächlich verbalisiert werden. Die semantische Wohlgeformtheit ist jedoch ohne eine einigermaßen *syntaktische Vollständigkeit* kaum interpretierbar. Andererseits stellen Tilgungen, Generalisierungen und auch Verzerrungen wichtige Grundlagen für Konzept- und Modellbildungen dar, weil dadurch eine Vielzahl von Einzelfällen zusammengefaßt werden können. Dieser Prozeß der Modellbildung muß aber stets umkehrbar sein, um den Bezug zum konkreten Fall herzustellen.

Dies ist dem Aphasiker nur in sehr eingeschränktem Umfang möglich, womit ihm wesentliche Voraussetzungen für eine verbale Konfliktverarbeitung fehlen, zumindest was die linkshemisphä-

rischen Anteile der Sprache betrifft. Eigene zusammenhängende Berichte mit einer zeitlichen Abfolge, wechselnden Personen und Orten und Kausalzusammenhänge stellen ihn vor unüberwindliche Schwierigkeiten. Anders ist es mit den eigentlich kommunikativen und emotionalen Anteilen, die sich z.B. in der Intonationskontur niederschlagen (*Blumstein et al. 1974*). Dies betrifft vor allem auch das Sprachverständnis, welches offenbar ohnehin mehr bilateral, in beiden Hemisphären, repräsentiert ist. Dies bietet für eine psychotherapeutische Intervention immerhin gewisse Ansätze, wobei wir als Therapeuten konsequenterweise die linkshemisphärischen Anteile anbieten, d.h. in geeigneter Weise *vorformulieren* müssen. Dies kann in Form von Fragen sein oder kurzen Kommentierungen, welche die entscheidenden Inhalte benennen, weil der Klient wegen seiner Wortfindungsstörungen nicht dazu in der Lage ist. Wenn der Aphasiker über ein ausreichend sicheres Sprachverständnis verfügt und zuverlässige Ja/Nein-Reaktionen abgeben kann, ist auf diese Weise ein Dialog zum Teil auch über differenzierte Beziehungsthemen durchaus möglich. Wegen der intakten emotionalen Ausdrucksfähigkeit erkennt der Therapeut leicht, ob der Klient ihn verstanden hat, welche emotionalen Reaktionen dadurch bei ihm ausgelöst werden und oft auch, in welchem *Ich-Zustand* er sich momentan befindet.

Die folgende Sequenz mag beispielhaft zeigen, wie so etwas in der Praxis aussehen kann.

Herr K. ist ein 73jähriger hagerer Mann, der wegen der Folgen eines Schlaganfalles zu uns kam. Er saß wegen einer Halbseitenlähmung im Rollstuhl und hatte eine mittelschwere aphasische Sprachstörung. Er sprach nur einzelne Wörter, die jedoch zum Teil gut verständlich. Er suchte oft nach einer passenden Bezeichnung für Gegenstände, rang nach Worten und hatte ein ausgeprägtes Störungsempfinden. Immerhin war er in der Lage, sich mit Unterstützung mit einem Kommunikationspartner über alltägliche Dinge sprachlich zu verständigen.

Er war nach dem Krieg aus den deutschen Ostgebieten gekommen und hatte in der Nähe von Würzburg einen Weinbau und Handel aufgebaut, wofür er hatte hart arbeiten müssen. Sein Sohn ist seit einigen Jahren mit im Geschäft und **hat** seit der Erkrankung des Vaters vor etlichen Wochen die Verantwortung für den Betrieb übernommen.

Herr K. machte gute Fortschritte und konnte mit einem Stock kurze Strecken im Haus gehen. Über die Mitarbeiter erfuhr ich, daß er sich bei den Wochenendurlaubeu zu Hause sehr abweisend ver-

hielt, ablehnte, mit den Angehörigen zu sprechen und sich kaum bewegen ließ, auch mit dem Rollstuhl außer Haus zu gehen, was bei dem Grad der Behinderung gut möglich gewesen wäre.

Es war weiterhin zu erfahren, daß es zwischen Vater und Sohn schon früher gelegentlich zu Spannungen gekommen war. In einem kurzen Gespräch spreche ich ihn auf sein Verhalten gegenüber den Angehörigen an, worauf er mit einer verlegenen Geste antwortet. Daraufhin frage ich ihn direkt nach den von mir angenommenen Konflikten:

- Gibt es Probleme mit dem Sohn?

Er nickt heftig.

- Er führt jetzt das Geschäft, nicht wahr?

Abwehrende und verzweifelte Geste: Ja, ja.

- Sie trauen ihm nicht so recht zu, daß er das richtig macht!?

Weint heftig: Ja, ja, oh. Abwertende Geste.

- Läuft denn das Geschäft jetzt ganz schlecht?

Nein, nein..., aber.

- Sie würden es gerne anders machen!?

Ja, ja, anders.

- Aber so, wie es Ihnen jetzt geht, können Sie das Geschäft doch nicht führen!

Ja, ja . . . nein, nein. Weint.

- Vielleicht macht er es doch nicht so schlecht!

Vielleicht ja, ach . . .

- Vielleicht sollten Sie ihn einfach machen lassen!

Ja, lassen - ach -.

- Geben Sie ihm eine Chance, er muß es ja auch lernen!

Ja, lernen -ja.

- Aber es fällt Ihnen schwer, sich aus dem Geschäft zurückzuziehen,

Ja, ja, schwer, schwer.

- Ich könnte mir vorstellen, daß er es doch schafft; ist doch Ihr Sohn!

Ja, mein Sohn, schaffen, vielleicht ja.

Danach wirkt er sehr erleichtert und ich lasse es dabei bewenden. Nach dem nächsten Wochenende höre ich, daß er zu Hause viel zugänglicher gewesen sei, mehr gesprochen habe und auch mehr gelaufen sei. Er habe dem Sohn einiges im Geschäft gezeigt und ihn auf manches hingewiesen, was der Sohn auch annehmen konnte. Er hatte mit mir und wohl auch mit den Angehörigen irgendwie über die Probleme gesprochen. Auf der Station begrüßt

er mich jetzt immer von weitem mit Winken und wirkt im ganzen deutlich gelockert.

## Voraussetzungen für psychotherapeutische Interventionen bei aphasischen Patienten

Aufgrund meiner Überlegungen und Erfahrungen müssen für die praktische psychotherapeutische Arbeit mit Aphasikern folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Sprachverständnisstörungen sollten bei dem Patienten nicht zu ausgeprägt sein.
- Der Patient sollte über einigermaßen zuverlässige Ja/Nein-Reaktionen verfügen.
- Der Therapeut muß davon ausgehen, daß er den überwiegenden Anteil des Dialogs selbst übernehmen muß, und zwar um so mehr, je schwerer die Sprachstörung des Klienten ist.
- Der Therapeut sollte den Patienten und seine Vorgeschichte kennen und muß sich gegebenenfalls Informationen von den Angehörigen holen. Anderenfalls hat man zu wenig Material, mit dem man arbeiten kann.
- Die psychotherapeutische Arbeit sollte in kurzen, einfach strukturierten Interventionen bestehen, es sollten keine syntaktisch komplexen Strukturen wie Passivsätze oder Voranstellungen des Objektes verwendet werden.
- Der Therapeut sollte in der Therapie immer Aussagen aus *verschiedenen Ich-Zuständen* anbieten und die Reaktion abwarten. Er wird bald herausfinden, was die bevorzugten Transaktionen des Klienten sind, und mit ihnen arbeiten können.
- Die Therapie sollte sich inhaltlich immer eng an konkreten Konfliktsituationen orientieren.
- Der Hauptkommunikationspartner des Klienten muß nach einer entsprechenden Einführung mit hinzugezogen werden, weil dieser für den Klienten wichtigstes Sprachrohr und damit Zugang zur Außenwelt ist.
- Die Beachtung der nonverbalen Kommunikation und das aktive Agieren des Therapeuten auf dieser Ebene ist wesentlich mitentscheidend für den Erfolg der Therapie bei Sprachgestörten.

Mit der vorliegenden Arbeit betrete ich bewußt ein Neuland psychotherapeutischer Praxis.

Ich möchte mit diesem Artikel andere anregen und aufzeigen, daß es sich sehr lohnt, diesen Menschen, die durch ihre mangelnde

Fähigkeit, mit Sprache umzugehen, weitgehend isoliert sind, in ihre verzweifelte Einsamkeit zu folgen und ihre Probleme mit ihnen zusammen anzugehen. Die notwendigerweise kleinen Schritte stellen für diese Menschen Lichtblicke dar, die sie mit großer Dankbarkeit wahrnehmen.,

*Theodor R. von Stockert, Dr. med.,* ist Neurologe und Psychiater, seit 1983 auch Psychotherapeut. Er leitet die von ihm eingerichtete Abteilung für klinische Neuropsychologie und Verhaltensneurologie am Bezirkskrankenhaus Erlangen. Zahlreiche Publikationen über zerebrale Erkrankungen und Sprachstörungen; seit 1992 in Ausbildung zum Transaktionsanalytiker.

### Zusammenfassung

Schlaganfälle und andere Hirnkrankheiten gehen häufig mit sprachsystematischen Störungen (Aphasien) einher, welche die Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen in erheblichem Maße beeinträchtigen. Aufgrund der unterschiedlichen funktionellen Spezialisierung beider Hirnhälften sind davon überwiegend die expressiv propositionalen Anteile der Sprache betroffen, während die emotionalen und konnotativen Elemente, vor allem was das Sprachverständnis betrifft, deutlich besser erhalten sind. Dies kann für therapeutische Interventionen genutzt werden; die speziellen Bedingungen und Techniken für psychotherapeutische Interventionen bei Aphasikern werden diskutiert.

Darüber hinaus wird ein Modell für therapeutische Prozesse anhand der funktionellen Spezialisierung beider Hemisphären dargestellt und dem Funktionsmodell von *Berne* gegenübergestellt, welches als Kommunikationsmodell interpretiert wird.

### Summary

Stroke and other brain diseases often cause language disturbances (aphasia), which may severely interfere with verbal communication. Because of the differential functional specialization of the two hemispheres, expressive propositional language is disturbed strongest, whereas emotional and connotative elements are more intact, especially as far as comprehension is concerned. This provides a possibility for psychotherapeutic interventions. The specific conditions and techniques in psychotherapy with aphasic persons are discussed. In addition, a cerebral model for therapeutic processes in relation to hemispheric specialization is offered, and relations to the function model of *Berne* are discussed.

### Literatur

- Bandler, R., Grinder, J.*, Kommunikation und Veränderung. Paderborn: Junfermann, 1984.
- Berne, E.*, Transactional Analysis in Psychotherapy, New York Grove Press, 1961.
- Blumstein, S., Cooper, W.E.*, Hemispheric processing of intonation contours. *Cortex* 10, (1974), 154-168.
- Byden, M.P.*, Laterality-Functional Asymmetry in the Intact Brain. New York - London - Toronto: Academic Press, 1982.

- Efron, R.*, The Decline and Fall of Hemispheric Specialization. London: Lawrence Erlbaum Assoc., 1990.
- Graves, R., Landis, T., Goodglass, H.*, Laterality and sex differences for visual recognition of emotional and non-emotional words. *Neuropsychologia* 19, 1981, 95-102.
- Hermann, M.*, Emotional affektive Veränderungen nach cerebralen Insulten mit Aphasie. Dissertation, Universität Freiburg 1991.
- Huber, W., Poeck, K., Weniger, D.*, Aphasie. In: *K. Poeck* (Hrsg.), *Klinische Neuropsychologie*. 1989.
- Huber, W., Weniger, D., Poeck, K., Willmer, K.*, Der Aachener Aphasie Test. Göttingen: Hogrefe, 1983.
- Währborg, P.*, Depression after stroke. Dissertation, University of Goteborg. 1988.
- Zaidel, E.*, Language in the right hemisphere. In: *Benson, D.F., Zaidel, E.*, *The Dual Brain*, New York: Guilford Press, 1985.

Anschrift des Autors:  
Dr. med. Theodor R. von Stockert  
Abteilung für klinische Neuropsychologie  
und Verhaltensneurologie  
Bezirkskrankenhaus Erlangen  
Am Europakanal 71  
91056 Erlangen